FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1906 — THÈSE — N° 467

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Vendredi 20 Juillet 1906, à 1 heure

PAR

Léon AUMONT

De la Faculté de Médecine de Paris
Ancien Externe des Hôpitaux
Médaille de Bronze de l'Assistance Publique

De l'Appendicite Cholériforme

ET DE LA

DIARRHÉE DANS L'APPENDICITE

Président : M. SEGOND, *professeur*

Juges { MM. PINARD, *professeur*
RECLUS, *professeur*
LEPAGE, *agrégé*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
BONVALOT-JOUVE
15, RUE RACINE, 15

1906

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	SEGOND.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM DIEULAFOY. DEBOVE LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	LE DENTU. TERRIER. BERGER. RECLUS.
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	DESGREZ	LAUNOIS	POTOCKI
BALTHAZARD	DUPRE	LEGRY	PROUST
BRANCA	DUVAL	LEGUEU	RENON
BEZANÇON	FAURE	LEPAGE	RICHAUD
BRINDEAU	GOSSET	MACAIGNE	RIEFFEL (chef
BROCA (André	GOUGET	MAILLARD	des travaux anat.
CARNOT	GUIART	MARION	TEISSIER
CLAUDE	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CUNEO	LABBE	MERY	VAQUEZ
DEMELIN	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

En témoignage de mon affectueuse reconnaissance

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SEGOND

Professeur de médecine opératoire à la Faculté de Médecine
Chirurgien de l'Hospice de la Salpêtrière
Officier de la Légion d'honneur

De l'Appendicite Cholériforme

ET DE LA

DIARRHÉE DANS L'APPENDICITE

AVANT-PROPOS

C'est pendant l'année accomplie en qualité d'externes dans son service, que M. le Dr Moizard, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, nous confia à notre ami Henri Carrière et à nous-même le sujet de notre thèse inaugurale.

Qu'il veuille bien nous permettre à tous deux de lui assurer ici notre très vive gratitude, non seulement pour le grand profit que nous avons tiré de ses avis et de sa longue expérience clinique, mais aussi pour sa constante et parternelle sollicitude.

C'est grâce à son enseignement de tous les jours que nous acquîmes une sérieuse connaissance de la pathologie infantile, si différente à tous points de vue de la pathologie de l'adulte.

Sauf MM. Oulmont et Hip. Martin, à qui nous devons, chacun en particulier, d'avoir été parfaitement initiés à notre rôle d'externes, nos maîtres nous furent tous communs et nous eûmes le bonheur de poursuivre côte à côte toute la série de nos études médicales.

Avec M. Auguste Broca, nous apprîmes les premières notions de chirurgie et la technique des pansements. Nous lui adressons, à l'occasion de cette thèse dont il voulut bien nous fournir d'importants éléments, nos très vifs remerciements.

Le regretté professeur Tillaux fut notre maître durant une année ; la mémoire nous restera fidèlement gravée de ses leçons si pleines de sens pratique et de clarté.

MM. Ch. Monod, Bazy et Arrou, qui nous aidèrent ensuite à nous perfectionner dans l'art chirurgical, ont droit à notre profonde reconnaissance.

De même l'art important des accouchements nous fut enseigné par MM. Bar et Brindeau ; nous les associerons dans notre gratitude à nos précédents maîtres.

MM. Lesné et J.-P. Teissier nous ont prodigué leurs conseils pendant les congés de nos chefs ; nous les en remercions sincèrement.

L'honneur et la faveur nous furent accordés d'être tour à tour stagiaires et externes chez M. le Dr Barth, médecin de l'hôpital Necker. Nous avons envers lui une dette de reconnaissance toute spéciale pour son enseignement si éclairé de clinicien et de thérapeute

qui imprégna si fortement nos esprits. Nous n'oublierons pas davantage ses sages conseils déontologiques, si précieux pour le jeune praticien, ni les encouragements qu'il n'a cessé de nous prodiguer durant les deux années que nous passâmes auprès de lui.

Que M. le professeur Segond, qui nous fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse, veuille bien agréer l'hommage de notre respectueuse gratitude.

INTRODUCTION

La constipation est considérée par tous les auteurs qui ont écrit sur l'appendicite comme étant un symptôme presque constant, ainsi que la douleur au point de Mac Burney en est la signature. Quelle que soit la forme de cette affection, aiguë, subaiguë ou chronique, on la voit apparaître avec la maladie, se maintenant opiniâtrément pendant toute sa durée. De même, la douleur abdominale, si elle manque presque toujours dans les formes septiques de péritonite appendiculaire, existe toujours, tout au moins au début de l'appendicite.

La diarrhée par contre y est considérée en général comme fort rare. Aussi « *une appendicite qui n'a déterminé à aucun moment de douleur ni spontanée, ni provoquée, en aucun point de l'abdomen*, et dont les seuls symptômes ont consisté en trois vomissements, et *une diarrhée si intense qu'il y eut plus de trente selles dans les trente-six heures* qui précédèrent l'opération pratiquée au milieu de symptômes d'intoxication tellement graves que l'enfant semblait irrémédiablement perdu, » est-il un fait si exceptionnel que M. Moizard, notre maître, nous a conseillé d'en faire le sujet de notre thèse.

Ce cas a du reste fait l'objet d'une communication spéciale de MM. Segond et Moizard à la *Société médicale des hôpitaux* (1). En compulsant la littérature médicale, nous n'avons trouvé dans les mémoires, monographies, thèses ou articles des traités de médecine aucun fait absolument semblable. Seul M. Jalaguier nous a dit avoir gardé le souvenir d'un malade observé dans son service de l'ancien hôpital Trousseau pendant l'épidémie de choléra de 1892. Ce malade, atteint d'appendicite opérée et guérie, avait tout d'abord été reçu par erreur dans le service des cholériques à cause de la diarrhée profuse qu'il présentait. A part ce cas tout à fait connexe, nous ne connaissons, comme s'y rattachant directement, que la communication de Soupault faite le même jour que la précédente à la *Société médicale des hôpitaux.*

Mahar, dans sa thèse (2), fait également allusion à la diarrhée dans l'appendicite. Enfin, en 1903, Barling de Birmingham a cité quelques cas de diarrhée d'origine appendiculaire (3). Mais ce sont surtout les deux communications mentionnées ci-dessus qui inspireront notre travail.

C'est donc en nous basant sur le symptôme diarrhée et le caractère toxicité, que nous avons été

---

1. *Société médicale des hôpitaux*, séance du 25 novembre 1904.
2. *Traitement de l'appendicite aiguë*. Paris, 1904.
3. *British medical Journal*, 1903.

amené, après avoir constaté la difficulté du diagnostic en pareil cas, à rechercher dans les nombreuses observations mises si aimablement à notre disposition par notre maître, M. Aug. Broca, la fréquence et la valeur séméiologique de la diarrhée dans l'appendicite, à étudier sa pathogénie et sa valeur pronostique, à en tirer enfin des conclusions pour le traitement.

Première Partie

De la diarrhée cholériforme et de sa valeur diagnostique

Voici d'abord relatée en entier la très intéressante observation de MM. Second et Moizard.

Le jeune X... , âgé de dix ans, est d'une bonne santé habituelle; de race arthritique, très vigoureux, sans autre antécédent morbide qu'une pneumonie, une angine diphtérique et une grippe assez prolongée, survenue dans le courant de 1903; c'est un gros mangeur dont l'appétit insatiable rend pour ainsi dire impossible l'observation d'un régime alimentaire sévère prescrit par l'un de nous contre des insomnies d'origine dyspeptique.

Le 30 avril 1904, il goûte chez un pâtissier et y absorbe six sandwichs à la mayonnaise. Il dîne comme d'habitude le soir, dort bien, et s'éveille le lendemain matin, 1er mai, un peu mal à son aise.

Néanmoins, il se lève, sort à midi; mais il est pris brusquement d'un vomissement alimentaire pendant la promenade. Rentré chez lui, on le couche, croyant à une simple indigestion.

Mais les vomissements reparaissent (trois dans la journée), et, en même temps, se montre la diarrhée.

Les premières selles sont extrêmement fétides : puis se produisent, à intervalles rapprochés, des selles liquides, non fétides, blanchâtres, contenant des mucosités conglomérées sous forme de grains riziformes. Le nombre des selles fut de trente dans les trente-six heures qui s'écoulèrent entre le début des accidents et l'intervention chirurgicale. En même temps, l'état général devenait inquiétant. L'enfant était pâle, déprimé. Le Dr Magdeleine qui le vit dans l'après-midi, constata l'existence de la fièvre (39 degrés), un pouls fréquent, la langue blanche, le facies plombé ; mais l'examen très attentif du ventre le lui montra à peine ballonné, et sans aucune douleur, ni spontanée, ni provoquée en aucun point. L'examen très minutieux de la région appendiculaire, montra que non seulement il n'existait pas de douleur à la pression, mais qu'il n'y avait, à son niveau, ni défense musculaire, ni hyperesthésie cutanée, ni matité à la percussion. Le foie n'était pas augmenté de volume.

Dans ces conditions, et ne trouvant pas de signes d'appendicite, le Dr Magdeleine conclut à une toxi-infection intestinale d'origine alimentaire.

Mais, dans la soirée, et surtout dans la nuit, l'état s'aggrave. L'enfant, tourmenté par des besoins très fréquents d'aller à la selle, était anxieux, agité ; et bientôt le délire se montra, peu intense, il est vrai, puisqu'en interrogeant l'enfant, il répondait d'une façon lucide.

L'un de nous vit l'enfant dans la matinée du 2 mai, moins de vingt-quatre heures après le début des accidents. Sa première idée fut celle d'appendicite.

Mais, comme le Dr Magdeleine, il l'abandonna après un examen attentif du ventre, qui présentait les mêmes symptômes négatifs notés par M. Magdeleine. Le foie

était augmenté de volume. Un délire léger persistait. Le thermomètre marquait 38 degrés, et le pouls était à 120 degrés. Mais le facies tiré, plombé, indiquait une intoxication déjà profonde. Il n'y avait pas d'albumine dans l'urine.

Il sembla qu'on ne pouvait hésiter qu'entre une toxi-infection intestinale, ou une péritonite à pneumocoques ; cette dernière hypothèse semblant bien improbable en raison de l'absence de toute douleur abdominale, spontanée ou à la pression. On prescrivit la diète absolue, une potion à l'acide lactique et des grandes injections de sérum artificiel.

Mais dans l'après-midi, l'état de l'enfant s'aggrava. La température tombant à 37°5, le pouls devint plus fréquent (130), petit, mal frappé. Le délire s'accentua ; les extrémités présentèrent une cyanose légère. L'examen du ventre montrait l'absence de tout ballonnement, de toute douleur ; pourtant une percussion légère nous fit constater un peu de submatité dans la fosse iliaque droite. Ce fait nouveau fit admettre la nécessité d'une intervention chirurgicale, et, à 8 heures du soir, nous nous réunissions auprès de l'enfant. A vrai dire, un diagnostic précis nous parut à l'un et à l'autre impossible. Mais pour tous les deux, la submatité dans la fosse iliaque droite nous parut légitimer une intervention d'autant plus nécessaire à nos yeux que l'enfant nous semblait irrémédiablement perdu ; car, dans les quelques heures écoulées depuis le dernier examen pratiqué par l'un de nous, la situation s'était encore aggravée. La famille mise au courant de l'incertitude du diagnostic, et de la seule chance de salut qui nous parût possible, accepta une intervention qui fut pratiquée quelques heures après.

La paroi abdominale incisée, le péritoine fut ouvert. Il ne contenait pas trace de liquide. La percussion nous

avait donc trompés, en nous faisant croire que la submatité constatée dans la fosse iliaque droite indiquait un léger épanchement péritonéal à ce niveau. Elle était très probablement causée par une augmentation de la tension de la paroi. Autour de l'appendice existaient quelques adhérences facilement rompues ; l'appendice lui-même paraît à peu près sain, un peu plus long, un peu plus vasculaire que normalement, mais ne présentant ni perforation, ni menace de perforation. Il est enlevé néanmoins, et la plaie refermée par plusieurs points de suture, en y laissant un gros drain.

En quittant le malade, qui avait reçu, aussitôt après l'opération, une large injection de sérum artificiel, nous prescrivons d'en pratiquer une nouvelle pendant la nuit, craignant bien de ne pas le trouver vivant le lendemain matin.

Nos craintes ne se réalisèrent pas, fort heureusement, et le succès fut complet. Si la première nuit fut encore agitée par un violent délire, la diarrhée s'arrêta immédiatement après l'opération. Ce fut là un phénomène très remarquable, qui rend très probable l'origine réflexe, à point de départ appendiculaire de la diarrhée, puisque le foyer de toxi-infection appendiculaire enlevé, le flux diarrhéique si violent s'arrêta immédiatement. Dès le lendemain matin, 3 mai, l'enfant est certainement mieux, il a un peu uriné, le délire n'existe plus, le pouls est mieux frappé, plus lent, la température presque normale, On continue les injections de sérum artificiel. Le 4 mai, quarante heures après l'opération, l'amélioration s'accentue d'une façon telle que les chances de guérison nous paraissent grandes. Cette impression se confirme le jour suivant, et il est inutile d'indiquer jour par jour les phases d'une guérison qui fut beaucoup plus rapide que nous n'eussions osé l'espérer. Le drain fut enlevé au bout de douze jours.

Aujourd'hui l'enfant complètement guéri, et soumis à un régime des plus sévères, se porte parfaitement bien. Les troubles dyspeptiques auxquels il était sujet, et, en particulier l'insomnie, ont complètement disparu.

Si le diagnostic, avant l'opération était pour ainsi dire impossible ; si même, au moment de l'opération, l'appendice nous avait semblé si peu malade que nous nous demandions s'il était bien la cause des accidents et si nous n'avions pas affaire à une toxi-infection intestinale d'origine alimentaire, hypothèse considérée comme probable au début, le résultat si rapidement favorable de l'ablation de l'appendice prouvait d'une façon indiscutable qu'il était bien la cause de tous les symptômes et qu'il s'agissait d'une toxi-infection aussi formidable qu'anormale, d'origine appendiculaire.

L'examen de l'appendice le démontra.

Voici en effet la note qui nous a été remise par M. Lefas :

Examen macroscopique. — L'appendice est assez long, à parois tendues. Sa surface est lisse.

Une ligature au catgut est posée à sa base.

Examen bactériologique. — On pose une pointe de feu sur l'appendice et on ponctionne avec une pipette stérilisée. On recueille deux à trois centimètres cubes de sang pur, fluide, rouge noirâtre.

A l'examen direct, on trouve dans ce liquide de très nombreux globules rouges bien conservés, des cellules mononucléées, et de rares polynucléaires dégénérés et vacuolaires.

Après coloration, on voit d'assez nombreuses chaînettes de streptocoques courts, et de rares bactéries allongées.

Ensemencement en bouillon et sur gélose. — Au bout de vingt-quatre heures, stries épaisses sur gélose, et le bouillon est troublé, sans voiles ni flocons.

A l'examen présence de streptocoques courts prenant le Gram et de très nombreux coli-bacilles.

Un centimètre cube de bouillon de trente-six heures est injecté dans la veine de l'oreille d'un fort lapin qui meurt en quarante-huit heures.

Examen histologique. — Les coupes ont porté :

1° A la base au-dessous de la ligature;

2° Au tiers moyen de l'appendice;

3° A la pointe.

1° *Base de l'appendice.* — La couche musculaire n'est pas épaissie. Le tissu cellulo-adipeux sous-muqueux est normal, le péritoine également.

Les vaisseaux sont gorgés de sang dans le tissu cellulo-adipeux sous-muqueux et sous-péritonéal.

Le tissu lymphoïde est épaissi. De nombreux follicules, pas très augmentés de volume, sont congestionnés au centre. Autour de la plupart sont des zones hémorragiques sous-glandulaires et de certains espaces inter-glandulaires. Glandes normales et conservées.

2° *Tiers moyen de l'appendice.* — Couche musculaire amincie en un point. La lumière de l'appendice est élargie, et dans cette lumière, s'ouvrent des follicules abcédés, en nécrose hémorragique.

Au niveau du point aminci, la couche glandulaire a disparu, et il existe un revêtement cratériforme formé d'une mince couche de tissu lymphoïde. Nombreuses hémorragies folliculaires et inter-glandulaires. Le péritoine est normal.

3° *Pointe de l'appendice.* — Le péritoine et la couche musculaire sont normaux, ainsi que le tissu sous-muqueux. Mais la plupart des follicules sont abcédés et entourés de zones hémorragiques. La cavité de l'appendice contient des détritus muqueux. Il existe une large ulcération de la muqueuse par confluence de plusieurs

abcès folliculaires s'ouvrant dans la cavité de l'appendice.

En résumé, appendicite à forme de nécrose hémorragique : association de colibacilles et de streptocoques.

L'examen histologique de l'appendice montre combien sérieuses étaient ses lésions ; les recherches bactériologiques et expérimentales ont prouvé l'extrême virulence de l'association bactérienne qui les avait déterminées.

Au point de vue clinique, notre observation montre qu'il est une forme d'appendicite aiguë, dans laquelle la douleur spontanée ou provoquée, la défense musculaire, l'hyperesthésie cutanée, au niveau du point de Mac Burney, ou dans toute autre région de l'abdomen, tous symptômes classiques et considérés comme constants, peuvent faire complètement et absolument défaut. En raison de la violence de la diarrhée et de ses caractères indiqués dans notre description, la dénomination d'appendicite toxique, cholériforme, pourrait lui convenir. En tout cas il semble bien que l'absence de tous les symptômes locaux, *dès le début de l'affection*, soit le fait de l'intensité des phénomènes d'intoxication générale ; et on ne peut s'empêcher de la comparer à l'indolence, si caractéristique également, de certaines formes de péritonite septique presque toujours irrémédiablement mortelles. La disparition si rapide et si complète de la diarrhée chez notre petit malade, après l'ablation de l'appendice, nous semble prouver son

origine réflexe en pareil cas. Le souvenir de notre petit malade, disaient en terminant les auteurs de cette communication, nous sera singulièrement utile si nous nous trouvions un jour en présence de symptômes aussi déconcertants. Nous pourrions alors formuler un diagnostic de probabilité qu'il nous a été impossible de faire.

En effet, ce qui résulte nettement de cette observation c'est l'*extrême difficulté du diagnostic*. Celui-ci déjà très difficile parfois au début, dans les cas ordinaires, où quelques-uns des symptômes cardinaux sont plus ou moins effacés, le devient encore bien davantage quand un signe contraire vient masquer le tableau symptomatique et lui faire prendre une allure trompeuse. La diarrhée serait en effet si rare dans l'appendicite, pour la très grande majorité des praticiens, que son existence au cours d'une crise douloureuse abdominale plaiderait contre l'hypothèse de cette affection. M. Dieulafoy, un des rares médecins qui en signalent la possibilité et dont l'expérience sur ce point est si étendue, dit dans une de ses cliniques (1898-1899) : « Dans quelques circonstances l'appendicite est défigurée, masquée dès son début par une diarrhée profuse et abondante que j'appelle diarrhée de défense : on dirait que sous l'influence d'un acte réflexe, l'intestin par une abondante crise sécrétoire cherche à se débarrasser de l'ennemi » ; et plus loin : « J'ai vu quatre ou cinq fois l'appendicite débuter par une crise intestinale diarrhéique, et le diagnostic a été au début méconnu ;

on est tellement habitué à voir la constipation accompagner l'appendicite qu'on ne pense pas, en cas de dirrrhée, à explorer la région appendiculaire et qu'on passe à côté du diagnostic. »

Dans le cas que nous étudions, il s'agit bien de la diarrhée réflexe dont parle M. Dieulafoy. Malgré celle-ci et à cause d'elle, on a pensé à l'appendicite, on a pratiqué un examen des plus minutieux sur tout l'abdomen, et fait remarquable, on n'a pas trouvé le moindre symptôme qui pût mettre sur la voie du diagnostic : pas la plus petite douleur dans la fosse iliaque droite, à plus forte raison localisée au point de Mac-Burney, pas de douleurs abdominales ni spontanées ni provoquées, mais une diarrhée profuse avec symptômes graves d'intoxication, tel est tout le tableau clinique et c'est une erreur d'interprétation qui fait le diagnostic et commande l'intervention.

On comprend très bien alors l'embarras du clinicien qui pensera le plus souvent à une toxi-infection alimentaire, surtout chez les individus gros mangeurs ou sujets à des écarts de régime comme dans l'observation ci-dessus, ou encore chez l'enfant, à une péritonite à pneumocoques, à une diarrhée aiguë *a frigore*, à une fièvre typhoïde, etc.

Nous trouvons des exemples de ces faits dans la discussion de la Société médicale des hôpitaux qui suivit la communication de Soupault.

M. Siredey, après s'être élevé contre l'erreur qui consiste à penser que la constipation est un des

symptômes essentiels de l'appendicite, erreur qui fait souvent méconnaître cette maladie, disait avoir observé, depuis peu de temps, cinq cas d'appendicite avec diarrhée. Dans trois de ces cas, le médecin lui avait avoué qu'il aurait peut-être songé à une appendicite s'il n'y avait pas eu de flux intestinal ; les deux autres cas avaient été pris pour des fièvres typhoïdes ; ils se terminèrent, l'un par un vaste abcès sous-hépatique, en avant du rein droit, l'autre par un abcès pelvien. Tous ces malades guérirent.

Ces deux cas de M. Siredey sont à rapprocher d'une de nos observations où l'on rechercha à plusieurs reprises les taches rosées lenticulaires.

M. Comby citait également le cas suivant :

« J'ai vu avec le Dr Tourreil, un garçon de huit ans qui avait présenté une diarrhée profuse suivie bientôt de vomissements et de symptômes péritonitiques graves. Quand je fus appelé à voir le malade, vers le sixième ou septième jour, la diarrhée existait encore, la péritonite était généralisée et l'état des plus inquiétants. Pas de douleur localisée au point de Mac-Burney. Trompé par la diarrhée et l'absence de localisation de la douleur, je fis le diagnostic de péritonite pneumococcique primitive. On a donné en effet comme caractéristique de cette variété de péritonite la présence de la diarrhée. Au contraire, dans la péritonite appendiculaire, il y a presque toujours constipation. Le petit malade ne pouvant être opéré chez lui fut transporté le soir même à l'hôpital. Il fut opéré d'urgence et l'on trouva en même temps que

des flots de pus dans la cavité péritonéale un appendice perforé et gangrené. Il s'agissait donc bien d'une appendicite avec diarrhée abondante et persistante. »

Enfin Soupault concluait des faits qu'il venait de rapporter que les symptômes habituels de l'appendicite étaient absolument frustes au début quand la diarrhée avait masqué plus ou moins longtemps cette affection. La douleur à la pression au point de Mac Burney était si légère qu'elle parut douteuse au moins dans deux cas qui sont trop instructifs pour que nous ne les relations pas ici.

La première observation a trait à un homme de trente-deux ans, fort, bien musclé, en pleine santé. Il vint consulter l'un de nous il y a trois ans pour une diarrhée très abondante qui l'avait pris subitement l'avant-veille et qui avait résisté au bismuth et à l'opium pris à haute dose. Il racontait que deux jours auparavant, il avait été déjeuner à la campagne en compagnie d'amis, que l'on s'était installé au bord d'une rivière et qu'après un déjeuner copieux il s'était endormi le ventre sur l'herbe fraîche. Il s'était réveillé au bout de deux heures un peu mal à l'aise. Croyant à une indigestion, il était rentré chez lui et s'était couché. Pendant la nuit il eut quelques vomissements et des coliques. Le lendemain matin, la diarrhée s'installa et pendant la journée il eut une vingtaine de selles avec coliques et grand malaise ; la nuit suivante fut aussi très mauvaise, coliques, diarrhée, douleurs à la pression, ballonnement du

ventre; faiblesse générale. C'est alors qu'il se décida à venir, consulter. A l'examen le ventre était ballonné, le malade se plaignait de coliques, mais aucun point du ventre n'était spécialement douloureux. L'état général laissait beaucoup à désirer ; le malade se disait très fatigué, sa pression artérielle était faible, il avait le visage pâle, les yeux cernés et les traits tirés.

Comme cet état général est fréquent au cours de la diarrhée aiguë, il n'y fut pas attaché une grande importance. Le diagnostic posé fut diarrhée aiguë *a frigore*. Les circonstances qui l'avaient accompagnée : début en pleine santé à la suite d'excès alimentaires et de refroidissement, semblaient en effet des plus banales.

Or le soir même, en rentrant chez lui, le malade fut pris de frissons avec fièvre montant à 40 degrés, de vomissements verdâtres abondants et de douleurs abdominales atroces. Un médecin voisin appelé en toute hâte fit venir immédiatement un chirurgien ; le malade fut dès le lendemain matin transporté dans une maison de santé et opéré le jour même. On constata un appendice gangrené, perforé, et du pus en abondance dans la fosse iliaque. Le malade mourut le soir même de l'opération.

La seconde observation concerne un jeune homme de dix-sept ans, robuste. Le 20 juin 1904, il fait des écarts de régime (boissons, glaces abondantes).

Le 21, diarrhée bilieuse abondante, vomissements bilieux, sensibilité abdominale générale non locali-

sée ; le soir température à 40 degrés, pouls 84. Le malade est mis à la diète hydrique. Le 22, purgation au calomel. Selles bilieuses abondantes, température 38°6, pouls 70. Le 23 et les jours suivants, diète lactée ; tous les accidents s'apaisent ; le 25 au soir température 37 degrés, pouls 58 (normal pour le malade). Le 26 spontanément, sans aucun écart de régime, diarrhée verte abondante avec membranes ; température 38°6, pouls 72. Ventre souple, sensibilité épigastrique et iliaque gauche. Fosse iliaque droite souple et indolore. Le 27, huile de ricin donnant des selles abondantes, mélange de selles liquides et de boules dures et vertes. Diète lactée. Les jours suivants les accidents s'atténuent et disparaissent.

Le 30 au matin température 37°2. Mais, le soir, la température remonte brusquement à 38°8 et des phénomènes d'occlusion intestinale apparaissent (arrêt complet des matières et des gaz, vomissements verdâtres, ballonnement du ventre) ; quelques glaires dysentériformes sans matières par l'anus. Le 1er juillet les accidents s'aggravent.

Le malade est opéré d'urgence vers 4 heures du soir. On trouve un abcès pelvien d'origine appendiculaire.

Le malade succombe dans la soirée.

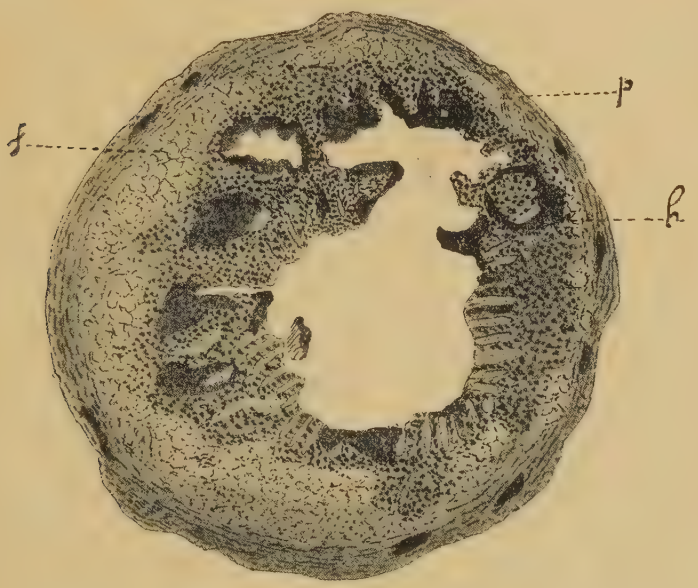
Toutes ces observations ne se rapprochent-elles pas intimement de celles de MM. Segond et Moizard, tant par l'impossibilité du diagnostic que par l'intoxication aiguë de l'organisme que nous y constatons ?

La diarrhée, contrairement aux idées généralement admises, n'exclut donc en rien le diagnostic appendicite auquel il faut toujours songer quand, à défaut de phénomènes fonctionnels et surtout de signes physiques observés au niveau de la région ombilico-iliaque droite, on se trouve exclusivement en présence de symptômes intestinaux aussi graves que ceux observés dans les cas précédents.

C'est pour cette raison que M. Moizard nous a conseillé de donner à cette forme particulière d'appendicite à flux diarrhéique intense, qu'il a eu l'occasion d'observer, le nom d'*appendicite cholériforme* pour bien fixer l'attention sur le symptôme principal, sur ce masque trompeur que peut être la diarrhée profuse. C'était en même temps, il est vrai, une appendicite toxique, hypertoxique même ; mais ce caractère étant plus général et n'appartenant pas en propre aux appendicites avec diarrhée, nous a semblé moins important à mettre en relief : nous nous réservons de l'étudier plus loin au chapitre pathogénie, quand nous aurons parlé des appendicites vraies, reconnues, avec diarrhée.

Dans ces conditions de difficulté de diagnostic clinique, cette observation a de plus le grand mérite de montrer l'importance que peut avoir l'examen microscopique en pareil cas. Dans notre observation, l'appendice ne présentait à la vue, à part une vascularisation un peu exagérée, aucune lésion macroscopique appréciable ; mais le microscope nous a montré des lésions histologiques très mar-

quées dont la planche ci-dessous montre toute l'étendue. En effet, à côté de grandes lésions hémorragiques, sur la nature desquelles on discute encore, on voit manifestement une paroi amincie en certains



endroits et contenant des follicules abcédés que MM. Cornil et Letulle ont toujours considérés comme des lésions indiscutables d'appendicite.

Enfin, alors même que nous n'aurions pas eu recours au microscope pour porter ce diagnostic, il resterait toujours un gros fait clinique indiscutable, c'est la cessation très rapide et complète de la diarrhée après l'ablation de l'appendice. Cette simple constatation nous amène à penser que le bistouri du chirurgien avait bien enlevé le foyer d'infection qui, par voie réflexe très probablement, alimentait ce flux intestinal désordonné.

Deuxième Partie

De la diarrhée au cours de l'appendicite

A côté de ces diarrhées exceptionnelles faisant à elles seules tout le tableau de l'appendicite, il en est d'autres qui surviennent au début ou pendant le cours de cette affection alors que le diagnostic est nettement posé. C'est à leur sujet que nous nous proposons maintenant de rechercher quelle est la fréquence de ce symptôme ; sa valeur séméiologique et pronostique et la conduite à tenir au point de vue du traitement.

Il ne nous a pas paru utile de rapporter ici toutes les observations d'appendicite où nous avons rencontré de la diarrhée, mais simplement celles où ce dernier symptôme avait revêtu ce caractère particulier de toxicité que nous avons rencontré dans le cas de MM. Segond et Moizard et qui, par ce fait même, ont dû être opérés d'urgence.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite).

(Due à M. Aug. Broca).

S... Germaine, six ans, fille unique de parents sains. Elevée au sein, a marché à neuf mois ; légère bronchite à six mois. Enfance robuste. Il y a six semaines, l'enfant eut la rougeole dont elle s'est très bien remise.

Pas de constipation habituelle.

Le dimanche 20 août, vers neuf heures du matin, l'enfant a été prise de coliques et eut un vomissement alimentaire. Pendant la journée du lundi, les vomissements continuent glaireux ; pas de selle ce jour là.

Pendant la nuit, un médecin appelé fait le diagnostic d'appendicite et prescrit de la glace sur le ventre et la diète. — Le mardi matin, température 39 degrés : pouls rapide ; les vomissements continuent, non porracés. Vers midi, *apparition de la diarrhée*. L'enfant entre à l'hôpital vers trois heures. A ce moment, température 38°6 ; pouls 150. Facies encore bon ; yeux légèrement cernés ; le nez n'est pas pincé ; langue sèche, rôtie : l'enfant joue sur son lit. Le ventre est ballonné, sensible en totalité avec douleur plus marquée au niveau de la fosse iliaque droite. Pas de plastron ni de matité. Tympanisme généralisé avec disparition de la sonorité préhépatique.

Au toucher rectal le cul-de-sac de Douglas bombe légèrement et est très douloureux.

M. Auvray, chirurgien de garde, intervient à quatre heures. A l'ouverture du péritoine, écoulement de liquide sanieux, fétide, bouillon sale. Aucune adhérence dans la cavité péritonéale qui est distendue par les gaz. Résection de l'appendice gangrené qui présente une perforation latérale et contient un volumineux calcul stercoral. Aspiration d'un demi-litre de pus très fétide. Contre-ouverture dans la fosse iliaque gauche. Drainage.

Le soir l'enfant est très agitée. Les pupilles ont des alternatives brusques de contraction et de dilatation avec nystagmus. Ebauche de carphologie. Teinte légèrement subictérique.

Le 23, état général un peu meilleur ; l'enfant a eu un vomissement. Température 38°2 : pouls 115 ; sérum ; glace.

Le 24, température 37°5. Pas de vomissement. Enfant calme.

Le 25, température 37 degrés ; l'enfant est gaie ; une selle normale.

Le 26, réascension à 38 degrés. On enlève les mèches.

Le 2 septembre. — Un pus jaune verdâtre s'écoule de la plaie ; deux gros drains. Lavage à faible pression à l'eau oxygénée étendue. Bon état général.

Pendant la convalescence deux tournioles sont apparues au pouce droit le 6 septembre, au médius droit le 14 septembre.

Les pansements sont continués sans incident et le 16 octobre on constate qu'il n'y a plus la moindre trace de pus et que la cicatrisation des deux plaies est en très bonne voie.

Enfin, le 26 octobre, cette cicatrisation est complète et l'enfant sort guérie avec état général excellent.

OBSERVATION II (inédite)

(Due à M. Aug. Broca)

T... Marcel, douze ans. Né à terme. Nourri au sein jusqu'à dix mois. Première dent à sept mois. Marche à un an. Rougeole à six mois ; variole à dix-huit mois.

Le 10 mars, en rentrant de l'école, l'enfant ressentit des douleurs vagues puis de plus en plus violentes localisées principalement au flanc droit. Il est pris également de fièvre. Administration d'un purgatif qu'il vomit en grande partie. La nuit, douleurs de plus en plus violentes, insomnie. Inappétence absolue. Fièvre intense.

Le lendemain mardi, 11 mars, ces phénomènes s'exagèrent. Vomissements abondants et répétés toutes les fois que le malade absorbe du lait ou quelque autre breuvage.

Le surlendemain jeudi, 13, les symptômes deviennent alarmants. Douleurs abdominales moins vives, mais le météorisme augmente ; les vomissements continuent avec constipation ; pas d'émission de gaz. Abattement très grand, fièvre intense. Un médecin consulté conseille le transfert du petit malade à l'hôpital.

A l'entrée, on est en présence d'un enfant d'aspect robuste et d'embonpoint normal, mais dont le facies est grippé, le nez pincé avec auréole de bistre autour des narines et des yeux. Lèvres fuligineuses ; langue sèche et rouge sur le milieu et vers la pointe, très chargée en arrière et sur les côtés : haleine fétide. Température aux environs de 39 degrés ; pouls 120 à 130, petit, filant, misérable, arythmique par moments. Ventre ballonné, souple à la palpation dans toutes ses parties ; pas de résistance musculaire à droite ni ailleurs. A la pression,

légère douleur au point de Mac Burney. Point plus douloureux à gauche au niveau de l'anse sigmoïde. Sensibilité cutanée exagérée. A la percussion, sonorité partout. Matité du foie remontée vers la onzième côte. Pas de matité sur les points déclives.

Depuis ce matin, les vomissements ont cessé complètement. La constipation a fait place depuis hier soir à *des débâcles diarrhéiques* profuses, fétides, involontaires par moment. Etat général grave.

Opération pratiquée d'urgence. Incision de Roux. A l'ouverture du péritoine, issue de liquide louche, brunâtre. Puis le doigt étant à la recherche de l'appendice, ouvre un foyer pelvien duquel fait issue du pus très fluide, grumeleux, blanchâtre, fétide. Les anses grêles et le cæcum agglutinés par des fausses membranes très épaisses rendent laborieuse la découverte de l'appendice. Ces lésions péritonéales sont très étendues. Aussi loin que le doigt se porte en haut et surtout à gauche, on sent des anses agglutinées. L'appendice est perdu au milieu de fausses membranes ; il est rétro-cæcal ; sa pointe adhère au mésentère, elle est tournée en haut et en dedans. On décortique l'appendice et on le résèque après ligature à la soie à sa base et ponction au thermo de la tranche. Deux drains ; tamponnement à la gaze de la surface de décortication. L'appendice examiné est gangrené à son extrémité sur une étendue de trois centimètres environ. Il présente une large perforation au niveau d'un calcul stercoral grand comme un noyau d'olive. Sérum 1 litre ; caféine 5 centigrammes.

L'état est resté alarmant pendant les trois ou quatre premiers jours, avec toutefois une amélioration manifeste et rapide ; mais la température restait aux environs de 29 degrés. L'enfant fut soutenu avec du sérum, 500 grammes les deux jours suivants. Puis il guérit peu à peu sans incident particulier avec une suppuration abon-

dante et une température qui oscille jusqu'au 1er avril entre 38 et 39 degrés, puis jusqu'au 17 avril entre 37°5 et 38 degrés. Enfin l'enfant sort de l'hôpital le 25 mai avec un état général excellent.

OBSERVATION III (Inédite).

(Due à M. Aug. Broca.)

B... Alphonse, cinq ans. Né à terme. Nourri au sein maternel. Sevré à quinze mois. Aucune maladie antérieure grave sauf une pneumonie l'hiver dernier.

L'enfant entre à l'hôpital le 18 juin à 7 heures 1/2 du soir pour une crise d'appendicite.

Cette crise a débuté jeudi dernier, 15 juin, par des douleurs abdominales et un vomissement.

La mère a remarqué que le ventre de l'enfant était ballonné. Depuis, les vomissements n'ont pas cessé ; l'enfant rend tout ce qu'on veut lui faire prendre (lait et eau de Vichy). Aucune selle depuis jeudi.

A son entrée, le malade a bon aspect. Température 38°5. Pouls 126, ample, régulier. Ventre un peu ballonné cuisse droite fléchie, douleur à l'extension. Défense musculaire dans la fosse iliaque droite empêchant la palpation profonde. Au toucher rectal, douleur à droite et en haut ; pas de collection.

Le 19 au matin, l'état général et local est à peu près le même, cependant l'enfant a eu *de la diarrhée pendant la nuit*. Température 37°6. Pouls 110, un peu faible.

Le 20 juin, l'enfant est abattu ; la langue est rouge, dépouillée. Température 37°9. Pouls 112, régulier, ventre encore un peu ballonné. Défense musculaire toujours très vive. Douleur dans la fosse lombaire où l'on croit sentir de l'empâtement.

Opération (M. Broca). — Incision très basse et prolongée assez haut. On découvre un abcès dans la partie supérieure de la fosse iliaque. On voit sortir un calcul gros comme un grain de chènevis. L'appendice se déchire avec une pince et est sphacélé.

Le soir, l'enfant vomit des matières fécales. Ventre ballonné ; facies grippé. Mort dans la nuit.

OBSERVATION IV (Inédite).

(Due à M. A. Broca.)

M... Lucien, sept ans et demi. Dans la nuit du 27 au 28 décembre, l'enfant se plaint de coliques, mais se rendort, néanmoins agité. Le lendemain matin, 28, il a un petit vomissement vert ; douleur dans la fosse iliaque droite. Un médecin vit l'enfant le lendemain mardi, prescrit glace et diète.

Le mercredi 30, on purge l'enfant avec de l'huile de ricin qu'il vomit. Dans la journée, le ventre se ballonne ; l'enfant souffre par crises.

Le 31, on l'amène à l'hôpital.

Le 1er janvier on note que l'aspect général est assez bon. Température 37°2 le matin. Pouls 96. Ventre peu douloureux, assez ballonné, partout sonore et souple. Pas de douleurs très nettes à la décompression. Le malade a *plusieurs selles diarrhéiques.*

Glace, diète, opium 0,02.

Le 2 janvier, le malade a un vomissement noirâtre. Le ventre semble moins ballonné, n'est plus du tout douloureux, il est souple. Cependant le toucher rectal permet de sentir en avant et près de la ligne médiane, une masse très peu volumineuse dans le petit bassin.

Opération. — Ether. Laparotomie latérale. A l'ouverture du péritoine, issue d'un peu de liquide louche ; quelques rares fausses membranes. Anses grêles très rouges. Petit abcès à la partie antérieure gauche du cæcum. L'appendice plonge vers le petit bassin où on rencontre un abcès à pus épais, pas très fétide. Ablation de l'appendice qui a 12 à 13 centimètres de long, bosselé, très rouge et recourbé en haut et en dedans sur sa moitié inférieure. Mèches et drain dans le petit bassin. A la coupe l'appendice est rouge, rempli d'une bouillie hématique avec un calcul stercoral à sa base. Folliculite. Traces d'abcès au niveau des deux bosselures vers la pointe.

Le soir, langue un peu sèche. Pas de vomissements. Pouls 156 ; sérum.

Le lendemain mort dans le collapsus.

OBSERVATION V (Inédite).

(Due à l'obligeance de notre ami, le Dr A. Masson, chirurgien de l'hospice de Beaune.)

A..., huit ans. Aucun antécédent ; pas de crises antérieures. Est pris subitement le 31 décembre de coliques avec fièvre. Pas de vomissements.

Le lendemain le Dr L... constate que le ventre était ballonné ainsi qu'une douleur généralisée de tout l'abdomen avec un peu plus de sensibilité au creux épigastrique. Défense de la paroi à droite. Pas de diarrhée ni de vomissements. Purgatif.

2 janvier. — Même état ; mauvais pouls ; facies tiré. L'enfant crie beaucoup, est très agité. Température 39 degrés. Pouls 120. Amélioration apparente.

Diarrhée. Cinq à six fois par jour.

Le 3 janvier. — Etat plus mauvais. L'enfant redevient agité. Ventre extrêmement ballonné. L'enfant a été plusieurs fois à la selle par jour (5 à 6 fois).

C'est le 3 janvier au soir que j'ai été appelé auprès de l'enfant. Traits tirés, yeux creux, respiration un peu rapide, langue sèche, mais pas très chargée, au contraire un peu rouge sur les bords et à la pointe. Pouls 130. L'enfant paraît abattu, mais dès qu'on le touche du côté du ventre, il s'agite. La mère raconte qu'il est très agité depuis la veille.

Le ventre est très ballonné, très tendu. A la palpation, on sent un peu plus de résistance à droite dans la fosse iliaque, mais il n'y a pas de point douloureux bien localisé. On sent cependant qu'il y a une différence de sensibilité entre la fosse iliaque gauche et la droite qui est partout un peu plus sensible Pas d'empâtement. On perçoit un peu de gargouillement dans la fosse iliaque droite et l'on pense, un instant, à la possibilité d'une fièvre typhoïde, mais à un examen plus approfondi on s'arrête au diagnostic de péritonite consécutive à une appendicite, bien qu'il n'y ait jamais eu de vomissements. Température 39 degrés.

Opération pratiquée d'urgence. — Incision de Roux. Il s'écoule à l'ouverture du ventre un liquide louche. En introduisant le doigt plus profondément vers le cæcum, on ne sent pas d'adhérences, mais il vient du pus plus épais. L'appendice est rétro-cæcal, perforé à sa pointe et noirâtre à ce niveau ; il est réséqué. On draine le ventre avec deux gros tubes en caoutchouc. Pansement sans réunion même partielle de la plaie.

Nuit très agitée, l'enfant arrache son pansement et enlève ses drains.

Décès le 4 janvier vers dix heures du matin.

OBSERVATION VI (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. Rigollet, interne de M. Routier).

Envoyé par ce dernier près d'une malade atteinte d'appendicite, qui avait la veille de son arrivée une température entre 37° 5 et 37° 8 le matin, ne vomissait pas, avait de l'arrêt des matières et des gaz, dont la température monte le soir entre 38°5 et 39 degrés et qui a des vomissements pendant la nuit. Il la voit à 11 heures du matin, alors que les vomissements ne s'étaient pas montrés depuis quatre heures environ. Le ventre était peu douloureux, pas ballonné. Le pouls était d'accord avec la température et assez bien frappé, mais les yeux étaient un peu excavés. L'après-midi les vomissements réapparaissent en même temps que de *la diarrhée* (deux selles liquides) ; le pouls s'élève, 120 environ et est moins bien frappé. Le ventre est tout à fait souple, presque indolore, moins ballonné. Le pouls file depuis ce moment et les vomissements persistent.

Opération d'urgence à 1 heure du matin. — Appendice rétro-cæcal gangrené, perforé, bouillon sale dans le péritoine. Lavage de ce dernier, drainage, sérum, huile camphrée, caféine. Le collapsus s'accentue et la mort survient le matin à huit heures.

OBSERVATION VII (inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Dr Mouchet.)

B... Fernand, vingt-quatre ans. Les premières douleurs abdominales apparaissent dans la nuit du 1er au 2 juin. Purgation ; les douleurs continuent.

A son entrée à l'hôpital le 4 juin, on constate que le facies est terreux, le nez chaud. Le malade a de la *diarrhée*. La température est au delà de 38 degrés, le pouls à 105 degrés, bien frappé. La respiration est bonne. Le ventre n'est pas ballonné. La palpation révèle une douleur vive à droite et un gâteau mat dans la fosse iliaque de ce côté.

Le 5, dans l'après-midi, l'abdomen est un peu plus ballonné, les traits plus creusés. Le pouls est moins bien frappé : on constate un peu d'anxiété.

La température est à 37° 7.

Opération pratiquée d'urgence (M. Mouchet). — Incision dans la fosse iliaque droite. Issue de pus épais (une cuillerée à café) sous l'épiploon adhérent au cæcum et soulevé par ce pus. A la suite du pus, liquide bouillon sale. Odeur extrêmement fétide. L'appendice est dans le prolongement du cæcum, s'enfonçant dans le petit bassin. Il est extirpé sans trop de difficulté et on constate qu'il est sphacélé, perforé au centre d'une plaque de gangrène voisine de la pointe. Pas d'adhérences du côté du petit bassin. Large drainage pelvien et sous-hépatique.

Ensuite laparotomie médiane ; on trouve un peu de liquide sale dans le petit bassin. On place un gros drain dans la partie inférieure de la plaie très petite. Suture de cette plaie abdominale par plusieurs points.

Pansement quotidien. Nettoyage à l'eau oxygénée. Amélioration des plus nettes les jours suivants. Pansements au formol ensuite pour désinfecter.

Le 11 juin, assez bon état général ; augmentation de l'appétit. Le drain médian est supprimé aux environs du 28 juin, le latéral inférieur le 1er juillet, le latéral supérieur le 6 ou 7 juillet.

Guérison complète le 8 juillet.

OBSERVATION VIII

(Mahar, thèse, Paris, 1904.)

Mme R..., trente ans 2 juin 1903. Début par douleurs brusques à l'hypogastre et dans la fosse iliaque droite sans siège précis. Ces douleurs surviennent par crises. La malade a eu huit crises semblables dans la journée, tellement violentes qu'elles se sont accompagnées de syncopes. *Diarrhée.*

A 10 heures du soir, plus de selles, mais vomissements jaune verdâtre au nombre de trois ou quatre.

Nuit mauvaise, nausées ; ni selles, ni gaz.

3 juin. — Malade fatiguée. Température 39° 1. Pouls 110, bien frappé. Pas de vomissements. Défense musculaire très intense dans les deux fosses iliaques avec maximum au point de Mac-Burney.

Opération à 11 heures. — Incision de Jalaguier, fausses membranes fibrineuses sur le fond du cæcum, un peu de liquide séreux autour, parsemé de flocons fibrineux. Drainage.

L'appendice est épais, rouge, contient du liquide sale.

Guérison.

OBSERVATION IX

(Soupault. — Société médicale des hôpitaux, 1904.)

D..., dix-sept ans, mosaïste, se présente à la Consultation de l'hôpital Bichat, le 11 mai 1904. Aucune maladie antérieure. Jeune homme robuste. Il raconte que huit jours auparavant, après le dîner, il avait ressenti de violentes douleurs dans le ventre. Il fut pris en même

temps de *diarrhée abondante*. Cette diarrhée se continua pendant huit jours au nombre de huit à dix selles par jour.

Quelques nausées ; pas de vomissements.

En examinant l'abdomen on trouve une paroi abdominale assez développée. Le ventre n'est pas souple, oppose de la résistance à la main qui palpe ; la pression sur tout le ventre est gênante plus que douloureuse peut-être un peu plus à droite et, si l'on appuie fort dans la région de Mac Burney, on détermine une douleur plus nette quoique pas très intense.

Facies un peu tiré, yeux excavés. Pouls 80 un peu faible. Pas de température

Le malade entre à l'hôpital, est mis à la diète ; il se remet assez rapidement et quitte l'hôpital le 22 mai, n'ayant plus de douleurs abdominales ni de diarrhée. L'abdomen est souple, non douloureux à la pression.

Le 23 mai, c'est-à-dire le lendemain, le malade rentre d'urgence à l'hôpital, repris de forte diarrhée et de douleurs abdominales intenses. Il n'a pourtant pas fait d'excès la veille. Le 24 mai le malade va mieux ; on lui donne un purgatif léger. A 5 heures 1/2 du soir les douleurs abdominales reparaissent : diarrhée, défense musculaire et douleur à la pression à droite, un peu au-dessus du point de Mac Burney. Vomissements bilieux. Diarrhée légère. Facies anxieux, un peu grippé. On met le malade à la diète, glace sur le ventre, 1/2 centigramme de morphine. Dans la journée l'état général décline, les vomissements persistent, mais il n'y a plus de diarrhée ; facies tiré, yeux cernés, hoquet. Pouls 100, petit. A 11 heures 1/2 du soir, pouls 120, mauvais état général. On se décide à opérer le malade. On trouve à l'ouverture du ventre, dans la fosse iliaque, une sérosité louche, non fétide. L'appendice difficile à trouver, est enveloppé

de fausses membranes récentes. Il est en position rétro-cæcale, long de trois centimètres.

Il est perforé à son extrémité libre. Ablation. Drains. Après l'opération, le malade ne se rétablit pas, les vomissements continuent, la diarrhée ne s'est pas reproduite.

Mort quatre jours après l'opération.

Autopsie. — Sérosité louche dans tout l'abdomen, fausses membranes récentes au niveau de l'appendice. L'appendice est rempli de matières fécales dures.

OBSERVATION X

(Soupault. — Société médicale des hôpitaux, 1904.)

M... L..., interne des hôpitaux, sujet depuis l'âge de quinze ans à des crises de diarrhée avec violentes coliques. Ces crises se rapprochent insensiblement et deviennent plus longues. Elles offrent les caractères habituels de diarrhées aiguës. La région appendiculaire examinée à plusieurs reprises ne présentait pas à cette époque de sensibilité particulière.

En janvier 1903, les phénomènes prennent une acuité particulière. La diarrhée devient plus intense et quotidienne et dure plus d'un mois de suite malgré des prises répétées d'opium et de S. n. de bismuth. Les selles sont au nombre de sept à huit par jour et sont particulièrement fréquentes après les repas : elles sont liquides et glaireuses, souvent on y trouve des filets de sang. Ténesme très prononcé, de plus, phénomènes nauséeux, anorexie, dépression générale très marquée, amaigrissement. Brusquement le malade est pris le 15 février d'une appendicite extrêmement grave avec tous les signes d'une péritonite par perforation, raideur des

muscles abdominaux, douleurs atroces spontanées et à la pression, facies grippé, pouls petit. Il y a quelques vomiturition sans vomissements verts. La diarrhée est tout à fait arrêtée depuis le début des accidents graves.

Opération le 13 février au soir ; on trouve un appendice gangrené sur tout un côté et du pus libre dans le péritoine sans enkystement. On extrait au moins un litre de pus assez épais.

Après une très longue convalescence, le malade se rétablit. Depuis un an et demi, il est en parfaite santé : il n'y a plus aucun trouble digestif et notamment pas de diarrhée. Les selles sont régulières et d'aspect normal.

L'état général est devenu excellent.

OBSERVATION XI

(Soupault. — Société médicale des hôpitaux.)

M... M..., interne des hôpitaux. En 1898, crises de diarrhée très abondante ayant duré cinq ou six jours ; au bout de ce temps, phénomènes abdominaux avec douleur vive à la pression dans la fosse iliaque. Durée des accidents, environ une semaine, puis tout rentre dans l'ordre.

Depuis cette époque, très fréquemment il se montre des poussées diarrhéiques, au moins tous les deux mois pendant une huitaine de jours; il y avait des selles liquides avec beaucoup de glaires. Les poussées diarrhéiques survenaient sans cause ou à la suite d'écart de régime, ou au moindre froid.

Cette situation se prolonge presque inchangée jusqu'en 1904. La dernière crise remonte au mois de janvier 1904. Elle succède à des excès de table au moment

du nouvel an. La diarrhée provoquant sept ou huit selles par jour, accompagnée de coliques, de vomissements, d'urticaire, d'anorexie, dure jusqu'au 19 février. Cela n'a pas empêché le malade de faire son service. Malgré le régime la diarrhée ne s'atténue pas.

Le 19 février 1904, forte crise d'appendicite qui a décidé l'intervention. Appendice gros, turgescent, entouré d'adhérences marquées, mais pas très étendues.

Depuis cette époque, c'est-à-dire pendant près de neuf mois, les selles se sont tout à fait régularisées, il n'y a a pas eu un seul jour de diarrhée. Le tube digestif fonctionne admirablement.

CHAPITRE I

Fréquence et valeur séméiologique

La diarrhée, comme nous l'avons vu plus haut, est pour la plupart des auteurs, tout à fait exceptionnelle dans l'appendicite. Nous connaissons l'opinion de M. Dieulafoy sur ce point. Après la communication de Soupault qui venait d'en rapporter six observations à la Société médicale des hôpitaux, M. Siredey s'élevant contre cette idée de la constipation comme symptôme fondamental de l'appendicite disait avoir observé cinq cas de diarrhée en très peu de temps. « J'espère, ajoutait-il, que l'intéressante communication de M. Soupault attirera l'attention des médecins sur la fréquence de la diarrhée dans l'appendicite. » Et M. Le Gendre d'aller encore plus loin dans cette voie et d'émettre un avis encore plus radical : « Je croyais, disait-il, que l'existence de la diarrhée dans certaines appendicites était une notion courante. En 1894, dans le *Traité de thérapeutique infantile médico-chirurgical* que j'ai signé avec M. Broca, nous avons même écrit qu'elle n'est pas rare et que son existence ne peut

être invoquée contre le diagnostic de l'appendicite. Nous avons dit la même chose en 1898 au congrès de pédiâtrie de Marseille au cours d'une discussion présidée par M. Kirmisson qui ne parut pas surpris de cette affirmation. »

Il n'est peut-être pas très difficile d'expliquer cette divergence si grande d'opinions en songeant que la diarrhée peut, dans l'appendicite, se manifester sous toutes ses formes depuis la simple selle liquide ne se reproduisant plus jusqu'aux débâcles diarrhéiques répétées, que, de plus, elle peut exister à l'état de symptôme presque isolé ou s'accompagner de phénomènes graves confinant à la péritonite généralisée.

C'est ce que nous avons pu constater en compulsant 312 observations d'appendicite chez l'enfant, opérées dans le service de M. Broca.

Sur ces 312 cas, nous avons trouvé :

171 cas de constipation	soit	54,8 o/o
107 cas indifférents	—	34,2 o/o
34 cas de diarrhée	—	10,8 o/o

Comme on le voit la constipation, loin d'être de règle, n'intervient que dans un peu plus de la moitié des cas. D'autre part, nous avons rangé sous le titre d'indifférents les cas des malades qui continuaient, malgré leur crise, à avoir des selles normales et ceux sur l'observation desquels, il n'était pas fait mention de troubles intestinaux.

Nous avons éliminé à dessein de notre statistique

les observations où un purgatif donné avait été indiscutablement suivi d'effet. Nous ne reparlerons plus également de la diarrhée faisant à elle seule tout le tableau clinique de la maladie.

Envisageons d'abord la diarrhée considérée comme symptôme isolé, c'est-à-dire non accompagnée de signes généraux graves, remplaçant purement et simplement la constipation au début d'une crise d'appendicite dont les autres signes existent et dont le diagnostic est alors assez facile à poser. Nous voyons que cette diarrhée est relativement assez fréquente puisque sur les 312 cas nous l'avons rencontrée 30 fois. Et assez souvent nous trouvions des observations que nous pouvons résumer ainsi :

B... René : une seule crise avec douleurs abdominales et vomissements abondants. Un peu de diarrhée au début (3 selles jaunes et liquides) ne s'étant pas renouvelée. Opéré à froid, sort guéri.

M... Germaine : première crise avec vomissements, douleurs et diarrhée très nette (3 à 4 selles par jour). Opération à froid ; guérison.

T... Lucien ; première crise avec fièvre, douleur localisée à droite et vomissements. Deuxième crise deux mois après avec les mêmes symptômes accompagnés cette fois de diarrhée jaune liquide très fréquente. Opération à froid ; guérison.

M... Georges : constipation fréquente. Première crise avec selles plutôt liquides. Deuxième crise avec constipation et vomissements. Troisième crise sans vomissements mais accompagnée d'une diarrhée

abondante (5 selles le premier jour, 3 le lendemain). Opération à froid. Guérison.

Ces quelques cas que nous ne voulons pas multiplier suffisent à montrer la bénignité relative de cette sorte de diarrhée. Un fait à noter cependant c'est que cette dernière survient la plupart du temps chez des sujets à passé intestinal plus ou moins ancien. En effet sur nos 34 malades atteints de diarrhée nous avons relevé 9 fois des antécédents intestinaux consistant en douleurs de ventre avec entérite légère, dont deux cas très nets d'entérite muco-membraneuse qui ont du reste très bien guéri après l'opération. De même deux malades de Soupault (obs. X et XI) souffraient depuis longtemps de troubles gastro-intestinaux, constipation avec entéro-colite muco-membraneuses, crises diarrhéiques plus ou moins intenses, troubles de dyspepsie stomacale suivant les variations des accidents intestinaux. Chez eux aussi, nous avons pu constater la guérison non seulement de l'appendicite, mais encore des troubles intestinaux antérieurs. Faut-il admettre dans ces cas que l'inflammation de l'appendice a été la cause de la diarrhée ou que l'inflammation de l'appendice s'est créée à la faveur de la diarrhée aiguë ? L'hypothèse d'une infection appendiculaire s'étant faite à la faveur des désordres intestinaux existant depuis longtemps paraît plus soutenable. On peut admettre aussi cependant, dans certains cas, que l'appendice a été le siège de poussées appendiculaires subaiguës ayant engendré une inflammation chronique et que cette

lésion a été la cause première du fonctionnement défectueux de l'intestin, et notamment des poussées répétées de diarrhée. Quoi que l'on puisse penser à ce sujet, il faut aussi remarquer que, dans ces cas où la crise peut débuter par de la diarrhée, on constate aussi assez souvent ce fait que, quand l'appendicite s'est précisée et quelle qu'ait été l'intensité des phénomènes, la diarrhée s'est amendée d'abord pour faire place à la constipation, c'est ce qui a eu lieu dans les observations X et XI.

Nous ne nous attarderons pas davantage à cette sorte de diarrhée qui ne nous intéresse qu'indirectement. Nous n'en avons du reste parlé que pour être complet et montrer la fréquence relative de cette diarrhée banale remplaçant la constipation au début d'une crise appendiculaire sans porter en rien atteinte à l'état général du sujet. Plus rares sont ces crises de diarrhée marquée avec flux intestinaux abondants et selles fréquentes, s'accompagnant d'emblée de symptômes généraux graves, puisque sur nos 34 observations nous n'en avons trouvé que 4 cas (obs. I, II, III et IV). Ce sont ces diarrhées, que l'on doit nettement séparer des autres, qui impriment dès le début à la maladie un caractère spécial de gravité qu'il ne faut pas méconnaître et dont nous reparlerons plus loin.

Il existe enfin une dernière forme de diarrhée d'origine appendiculaire étudiée par Barling dans le *British medical Journal*. C'est celle qu'on peut observer au cours d'appendicites pelviennes. On

trouve ordinairement dans ces cas un abcès du petit bassin en contact direct avec le rectum ; c'est pour ainsi dire une diarrhée de voisinage due à une irritation locale, à une inflammation de la muqueuse rectale au contact d'une collection purulente. Son principal caractère est de se faire remarquer en général par sa grande abondance, puisque sur une des trois observations que nous avons pu recueillir nous constatons cinq selles un jour et sept le lendemain, d'une diarrhée jaune très fétide.

De ces constatations nous conclurons avec notre maître M. Broca et avec M. Jalaguier, qui a bien voulu nous donner son avis à ce sujet, que la diarrhée n'est pas très rare dans l'appendicite, mais que ce qui est moins fréquent et ce que nos recherches ont du reste vérifié, c'est la diarrhée à caractère toxique.

CHAPITRE II

Pathogénie

Un des caractères de cette diarrhée à grand fracas c'est, nous l'avons dit, d'être éminemment toxique. Nous en avons comme preuve l'expérience faite avec le liquide contenu dans l'appendice du malade de MM. Segond et Moizard. Un centimètre cube de bouillon ensemencé avec ce liquide et injecté dans l'oreille d'un fort lapin fait mourir cet animal en quarante-huit heures. Ce fait n'est pas pour étonner, puisque nous savons que les streptocoques et les coli-bacilles pullulaient dans ce bouillon. Nous savons aussi que l'intestin est le réceptacle de nombreuses bactéries qui exercent des actions fermentatives dont la signification est encore discutée. Quelques auteurs persistent à croire que les bactéries accomplissent une deuxième digestion et que sans leur intervention la vie serait impossible.

Cette étude a été reprise tout dernièrement par le professeur Roger qui pense « qu'à côté de ce rôle utile, pour le moins problématique, les bactéries intestinales exercent des actions pathogènes indiscu-

tables, et qu'elles donnent naissance à des produits putrides qui interviennent en maintes circonstances et qui expliquent, pour une part, la toxicité des matières fécales et du contenu intestinal » (1). Les dernières expériences entreprises à ce sujet montrent que si cette toxicité varie déjà beaucoup à l'état physiologique, elle s'augmente dans de très grandes proportions à l'état pathologique, dans l'occlusion intestinale, par exemple. M. le professeur Roger a constaté que, à l'état normal, pendant la période de digestion, l'intestin grêle du lapin renferme en moyenne 4 à 8 entéro-toxies (l'entéro-toxie étant la quantité de poison nécessaire à tuer 1 kilogramme d'animal). Dans l'obstruction intestinale, il en contient 15 à 36 : dans les péritonites par perforation 16 à 44 et dans un cas il a été trouvé le chiffre colossal de 100 entéro-toxies. Cette grande variabilité nous explique l'allure plus ou moins grave des symptômes en même temps que la fréquence des selles diarrhéiques. Il est certain que dans le cas de MM. Segond et Moizard la toxicité devait être très grande.

Quoi qu'il en soit et bien que les expériences aient montré que les véritables poisons se trouvaient dans l'intestin grêle et que le gros intestin, malgré l'intensité des putréfactions qui s'y passent, soit beaucoup moins riche en substances nocives, il nous paraît rationnel d'admettre que la diarrhée, dans les cas que nous avons cités, n'a pas d'autre origine.

---

1. *Presse médicale*, 15 novembre 1905.

L'appendice « ce cæcum de cæcum, ce cul-de-sac de cul-de-sac » comme l'appelle si justement M. le professeur Reclus, où stagne au milieu de sécrétions diverses une flore bactérienne très abondante, n'est-il pas en effet un tube de culture merveilleux ? Qu'il soit clos ou non, ne peut-il devenir, à un certain moment, un réservoir propice où les microbes, en combinant leur action, y puisent un maximum de toxicité dont l'organisme sera très vite imprégné. Nous savons enfin que cette virulence est très grande quand il s'agit de l'association du streptocoque et du coli-bacille.

Dès lors comment s'étonner que l'intestin entre en lutte contre ce foyer microbien, contre ce centre toxique et ne se défende alors par l'un de ses moyens physiologiques les plus courants, par une sécrétion très abondante. On comprend aussi que cette crise diarrhéique sera d'autant plus intense que le foyer septique sera plus virulent, et, fait intéressant également, que les symptômes locaux seront moins marqués. En effet, il semble bien que, au fur et à mesure que la diarrhée devient plus abondante, les douleurs abdominales se font moins vives et vont même jusqu'à disparaître complètement. Dans l'observation de MM. Segond et Moizard elles n'ont existé à aucun moment de l'affection, pas même au début ; seul le foie, par son hypertrophie, fournissait une excellente indication sur la valeur des toxines sécrétées au niveau du foyer appendiculaire. On dirait dans ces cas que l'intestin, saisi par la brusquerie et l'inten-

sité de l'attaque de l'ennemi, néglige les moyens de combat ordinaires pour avoir recours immédiatement aux procédés extrêmes, puisque, si le chirurgien ne vient à son secours, c'est la péritonite septique, rapidement mortelle qui s'installe dans la place. Cette hypersécrétion exagérée produite en pareil cas est donc bien un acte intestinal réflexe, « une diarrhée de défense » contre « un foyer toxi-infectieux » suivant la très exacte expression du professeur Dieulafoy.

CHAPITRE III

Valeur pronostique

Nous retrouvons à propos du pronostic les divergences de vue que nous avons expliquées au chapitre fréquence. Ici encore les avis sont très différents. « En général, concluait Soupault après sa communication à la Société médicale des hôpitaux, l'appendicite qui débute par de la diarrhée est une appendicite grave. « Je crois aussi, ajoutait M. Siredey, que ces formes d'appendicite ont un caractère plus grave que celles qui s'accompagnent de constipation. » « Je n'ai pas remarqué que tous les cas d'appendicite précédés de diarrhée fussent graves », pensait de son côté M. Le Gendre.

L'accord parmi ces opinions diverses est facile à trouver. Il est certain que la diarrhée prise en elle-même, au début ou au milieu d'une crise appendiculaire, survenant aux lieu et place de la constipation, sans que rien ne vienne troubler l'état général du sujet n'a pas un caractère sérieux de gravité, puisque sur les trente cas qu'il nous a été donné d'observer, nous ne relevons qu'un cas de mort. Quand la tem-

pérature n'est pas très élevée, que le pouls surtout reste bon, que le facies ne s'altère pas, que la langue reste humide et que les symptômes abdominaux appendiculaires sont nets, il n'y a pas lieu de s'alarmer.

De même si la diarrhée survient au cours d'une crise chez un individu dont les fonctions intestinales étaient antérieurement troublées. Parmi les six observations de Soupault, ce sont les deux malades qui étaient dans ce cas qui guérirent le plus rapidement.

De même enfin pour la diarrhée abondante survenant au cours d'appendicites pelviennes, occasionnées très probablement, comme nous l'avons vu, par l'inflammation de la muqueuse rectale au contact d'une collection purulente et qui n'est pas non plus d'un pronostic très sévère.

Il en va tout autrement quand on voit l'appendicite débuter par une crise diarrhéique intense qui remplace à elle seule ou masque tous les symptômes, chez des individus qui ne présentaient habituellement aucun trouble gastro-intestinal, ou bien encore quand elle survient au cours d'une appendicite en s'accompagnant de symptômes graves d'intoxication générale. Elle est dans le premier cas le signe trompeur d'une affection appendiculaire qu'il faut s'ingénier à dépister et qui revêtira presque sûrement une allure maligne : dans le second cas, elle sera le symptôme prémonitoire de l'aggravation rapide et fatale de la maladie. Parmi les neuf observations que nous avons pu recueillir nous avons

quatre morts ; dans les 5 cas de Soupault, il y a trois morts. La mortalité est donc relativement très grande dans ces cas puisque sur un total de quatorze observations nous avons sept décès.

Nous conclurons donc que ne sont réellement graves que les diarrhées toxiques survenant au milieu d'accidents sérieux qui en même temps qu'ils rendent le diagnostic très difficile, impriment au pronostic un caractère des plus sombres.

CHAPITRE IV

Traitement

Si on discute sur la fréquence et la valeur pronostique des flux intestinaux désordonnés au cours d'une crise appendiculaire, l'accord se fait complet quand il s'agit de la conduite à tenir au cours de ces diarrhées toxiques. Il y a dans l'organisme un foyer microbien d'où partent à la fois des toxines et des agents infectieux ; tantôt c'est l'infection qui dominera, tantôt ce sera le poison, et quand ce dernier acquiert une virulence telle qu'il peut provoquer une diarrhée aussi profuse au milieu d'un tableau symptomatique général aussi alarmant, aussi désespéré que l'était celui du petit malade de MM. Segond et Moizard, il ne peut y avoir qu'une opinion à ce sujet pour commander sans retard l'intervention : *l'ablation du foyer toxi-infectieux est la seule chance de salut.*

La même conduite ne s'appliquera pas évidemment aux autres diarrhées dont le diagnostic a pu être posé d'une façon ferme dès le début et dont nous avons suffisamment parlé aux chapitres précédents. Pour celles-là, la temporisation avec expec-

tation armée est, comme dans les cas ordinaires, la méthode de choix.

Lors donc que la diarrhée existe comme masque trompeur de l'appendicite au début ou qu'elle apparaît dans le cours de la maladie avec une atteinte profonde de l'état général, le clinicien, loin de la considérer comme excluant la possibilité de cette maladie doit au contraire rechercher avec soin du côté de la fosse iliaque droite le plus petit symptôme, le plus léger indice qui, à lui seul, doit commander l'intervention. *Diagnostic précoce, intervention immédiate :* telles sont les règles dont on ne doit pas se départir dans ces cas.

Il ressort en effet très nettement de nos recherches que les cas de mort sont survenus après des interventions trop tardives. Sur les 4 malades de M. Broca, deux ont guéri : ce sont ceux qui ont été opérés sans retard, l'un trois heures après l'apparition de la diarrhée, l'autre le jour même, c'est-à-dire quelques heures après également. Quant aux deux autres qui sont morts, ils n'ont été opérés que dans les trente heures environ qui ont suivi leurs débâcles diarrhéiques. On peut faire des constatations à peu près analogues dans nos autres observations et dans celles de Soupault.

Dans ces cas en effet l'infection et l'intoxication se font avec une extrême rapidité. Et faut-il s'en étonner quand on peut constater que dans les trois quarts de nos observations, on a trouvé l'appendice sphacélé ou abcédé et en voie de perforation comme

dans le cas de MM. Segond et Moizard. On comprend ainsi la très grande virulence des microbes qui pullulent dans sa cavité et lancent dans l'organisme leurs toxines, produisant bientôt une infection générale et une péritonite septique très rapidement mortelle si le bistouri du chirurgien n'intervient pas hâtivement pour couper court à leur œuvre de destruction.

Cependant si les interventions tardives sont condamnables en principe, comme offrant peu de chances de succès, nous pensons avec MM. Segond et Moizard qu'il faut malgré tout les tenter. Souvent en effet le chirurgien ne sera appelé que tardivement et nous avons vu qu'il ne fallait accuser de ce retard que la réelle difficulté du diagnostic que le médecin aura mis quelque temps à poser. Il pourra alors être tenté de s'abstenir devant la gravité en apparence irrémédiable de l'état général. Le cas de MM. Segond et Moizard est bien fait pour le dissuader de cette abstention qui pourrait être, dans certains cas, regrettable.

Nous voyons en effet dans cette observation que l'opération a eu lieu trente-six heures après l'apparition des accidents alors que le malade était considéré comme « irrémédiablement perdu » quand l'intervention fut décidée. Et cependant une amélioration rapide se produisit contre toute attente en même temps que la diarrhée cessait radicalement et que l'état général s'amendait.

Ce résultat inattendu n'est-il pas suffisamment

remarquable et instructif pour nous amener à admettre cette idée que le chirurgien, alors qu'il est appelé tardivement, ne doit pas hésiter à intervenir, même s'il juge inutile et perdue d'avance la bataille engagée avec la mort. Aussi nous n'hésitons pas à conclure avec MM. Segond et Moizard que, malgré l'extrême gravité d'une situation « *il ne faut jamais désespérer et que malgré les symptômes les plus alarmants, l'intervention chirurgicale peut donner des succès inespérés* ».

CONCLUSIONS

I. — La constipation est considérée à tort par certains auteurs comme étant un symptôme presque constant de l'appendicite au même titre que les douleurs abdominales spécialement localisées au point de Mac Burney.

II. — Il est une forme d'appendicite où ces deux signes peuvent manquer et dont tout le tableau clinique est exclusivement formé par quelques vomissements et une diarrhée extrêmement abondante (plus de trente selles dans les trente-six heures) sans autres symptômes qu'une atteinte profonde de l'état général.

C'est cette forme rare d'appendicite que nous dénommons appendicite cholériforme.

III. — Le symptôme diarrhée, apparaissant isolément dans ces cas, rend le diagnostic d'appendicite très difficile, mais, bien loin de l'exclure, doit toujours y faire penser.

L'examen microscopique de l'appendice révèle en effet des lésions plus ou moins accentuées et la plupart du temps on trouve au cours de l'opération un appendice perforé et gangrené.

IV. — Dans l'appendicite reconnue, la diarrhée peut se rencontrer sous trois formes différentes.

Comme symptôme isolé, elle est moins fréquente que la constipation, mais pas aussi rare qu'on l'aurait cru tout d'abord (30 cas sur 312, alors que nous trouvons 171 constipés et 107 indifférents).

Plus rare est la diarrhée survenant au début ou au cours d'une crise appendiculaire avec atteinte profonde de l'état général (4 cas seulement sur 312).

La diarrhée peut résulter enfin d'une collection pelvienne en contact direct avec la muqueuse rectale (3 cas).

V. — La diarrhée toxique serait un acte réflexe de défense contre un foyer infectieux.

VI. — Considérée en elle-même d'une part, résultant d'autre part d'un abcès péri-rectal, ou survenant chez des individus à passé gastro-intestinal, elle est d'un pronostic ordinairement favorable.

Celui-ci devient, au contraire, d'une gravité exceptionnelle lorsqu'elle s'accompagne d'une intoxication profonde de l'état général.

VII. — Pour les diarrhées ordinaires, il n'y a pas lieu de se départir de la conduite habituelle et de l'expectation armée. Dans les autres cas, même en apparence les plus désespérés, l'intervention opératoire doit être tentée sans retard. Plus elle sera précoce, plus grandes seront les chances de succès.

Vu : le Président de la thèse :
SEGOND

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.
LIARD

Imp. de la Faculté de Médecine, Bonvalot-Jouve, 15, rue Racine, Paris